

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



DEPRESSÃO E RELIGIOSIDADE
ESTUDO EXPLORATÓRIO NA POPULAÇÃO IDOSA DEPENDENTE

Tânia Borges Mota

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde-Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



DEPRESSÃO E RELIGIOSIDADE
ESTUDO EXPLORATÓRIO NA POPULAÇÃO IDOSA DEPENDENTE

Tânia Borges Mota

Dissertação, orientada pela Prof.^a Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde-Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2013

*A Saúde verdadeira só é alcançada
quando entendemos e aceitamos a nossa
natureza espiritual.*

Carl G. Jung

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só se tornou possível graças ao apoio incondicional, à dedicação e total disponibilidade da Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Sila, que teve sempre uma palavra de incentivo e esperança, principalmente quando a minha motivação parecia desvanecer. A partilha da sua experiência e conhecimento foi, sem dúvida, uma mais valia e um dos maiores ganhos deste desafio.

Quero também agradecer à minha família, em especial ao meu filho Gonçalo e ao meu marido João, todo o amor e dedicação que demonstraram ao longo deste ano. Obrigada pela paciência que tiveram quando passava horas a fio no computador, quando andei mais irritada, ou quando não estive tão disponível.

Obrigada aos meus amigos pela ajuda e palavras de incentivo que foram manifestando ao longo do tempo.

Às minhas amigas e colegas que se prontificaram para me ajudar na recolha dos dados e que estiveram sempre ao meu lado nesta caminhada.

A todos aqueles que aceitaram colaborar e participar neste trabalho, em especial aos que entretanto partiram, um muito obrigado pela disponibilidade para este desafio, mesmo numa situação de grande fragilidade. Bem Hajam!

A todos, o meu mais sincero agradecimento!

RESUMO

A religiosidade/espiritualidade integra o conceito global de saúde e surge como fator protetor contra o sofrimento decorrente da doença. O índice de envelhecimento e de dependência da população portuguesa tem vindo a aumentar, o que levanta muitos desafios no estudo e compreensão dos fatores ligados ao envelhecimento. Sabe-se também que a depressão nos idosos é uma das principais causas de incapacidade, conduzindo à diminuição da qualidade de vida. Com base nestes dados, este estudo tem como objetivo clarificar a relação entre a religiosidade e depressão em idosos dependentes, integrados num programa de cuidados continuados.

A amostra constituída por 63 participantes, de ambos os sexos, distribuídos por dois grupos: Grupo 1, idosos dependentes ($n=29$), com idades compreendidas entre os 60 e 94 anos ($M = 74.83$, $DP = 10.94$); Grupo 2, saudáveis, inseridos na comunidade ($n = 34$), idades entre os 60 e os 93 ($M = 75.26$, $DP = 9.45$). Os instrumentos utilizados foram: Questionário sociodemográfico, Questionário de práticas religiosas, Inventário de Saúde Mental (MHI-5) (Ribeiro, 2001; Veit & Wore, 1975), Questionário de Santa Clara sobre Força da Fé (SCSRFQ) (Plante & Boccaccini, 1997), *System of Beliefs Inventory* -SBI-15R (Holland, et al. 1998) e a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977).

O tamanho reduzido da amostra implica alguma cautela na interpretação dos resultados. No entanto, verificou-se que: a) não há uma associação significativa entre depressão e religiosidade nos idosos dependentes; b) os idosos dependentes apresentam níveis de depressão significativamente mais elevados do que os idosos saudáveis; c) as variáveis sociodemográficas não parecem influenciar a depressão e a religiosidade destes idosos dependentes, à exceção do fator idade, tendo sido encontrados maiores níveis de saúde

mental nos idosos com mais de 80 anos. No final apresentam-se algumas limitações ao estudo e apontam-se sugestões para futuras investigações.

Palavras-chave: Religiosidade, depressão, envelhecimento, dependência

ABSTRACT

The religiousness/spirituality integrates the global concept of health, and emerges as a protective factor against the suffering caused by disease. The aging and the dependence index of the Portuguese population has increased, what causes many challenges in the study and comprehension of the factors related with aging. It is also known that depression in the elderly is one of the main causes of incapacity, leading to a decreased quality of life.

Based on these data, this study's goal is to clarify the relation between religiousness and depression in a dependent elderly sample, integrated in a program of continued care at home.

Sample of 63 participants of both gender, allocated to two groups: Group 1, dependent elderly (n= 29), with ages between 60 e 94 years old (M = 74.83, DP =10.94); Group 2, healthy, inserted in the community (n = 34), aged between 60 and 93 years old (M = 75.26, DP = 9.45). The applied instruments were: Socio-demographic Questionnaire, Questionnaire on religious practices, Inventory of Mental Health (MHI-5) (Ribeiro, 2001; Veit & Wore, 1975), The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (SCSRFQ) (Plante & Boccaccini, 1997), System of Beliefs Inventory -SBI-15R (Holland, et al. 1998) and Depression Scale of the Center for Epidemiologic Studies (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977).

The small size of the sample requires some caution in the results interpretation. However, it was verified that: a) there is no significant association between depression and religiousness in the dependent elderly; b) dependent elderly present depression levels significantly higher than healthy elders; c) the socio-demographic variables don't seem to influence depression and religiousness of these dependent elderly, with the exception of the age factor: Elders with more than 80 years of age were found to reach

higher levels of mental health. Some limitations of the study are presented and some suggestions for further investigation are pointed out.

Keywords: Religiousness, depression, aging, dependence

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. O envelhecimento	3
1.1.1. O envelhecimento em Portugal..	5
1.2. O conceito de religiosidade e espiritualidade	6
1.2.2. A religião em Portugal..	10
1.3. Depressão no idoso	10
1.4. A religiosidade, depressão e o envelhecimento	13
1.5. Os idosos dependentes no domicílio.....	17
2. OBJETIVOS E HIPÓTESES	20
3. MÉTODO	21
3.1. Participantes.....	21
3.2. Instrumentos.....	22
3.2.1. Questionário sociodemográfico.....	22
3.2.2. Questionário de Práticas religiosas	22
3.2.3. Spiritual Beliefs Inventory – SBI-15 R	23
3.2.4. Questionário de Santa Clara sobre a Força da Fé Religiosa.....	24
3.2.5. Avaliação da Depressão – CES-D.....	25
3.2.6. Inventário de Saúde Mental – MHI-5. A.....	26
3.3. Procedimentos.....	26
3.4. Análise Estatística.....	27
4. RESULTADOS	28
4.1. Caraterização sociodemográfica	28
4.2. Análise das Hipóteses	30
4.2.1. Análise dos níveis de depressão e religiosidade.....	30
4.2.2. Análise das diferenças nos níveis de depressão e de religiosidade nos idosos dependentes (Grupo 1) e idosos saudáveis (Grupo 2).....	31
4.2.3. Análise da relação entre os níveis de depressão e religiosidade..	32
4.2.4. Análise da diferença das variáveis sociodemográficas sobre os níveis de depressão e religiosidade.....	34
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
5.1. Relação entre Depressão e Religiosidade	39
5.2. Influência do fator dependência na Depressão e Religiosidade.....	40
5.3. Variáveis sociodemográficas, Depressão e Religiosidade.....	42
6. CONCLUSÕES	46
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS.....	57

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estatística descritiva do QPR.....	22
Quadro 2 - Características sociodemográficas da amostra.....	28
Quadro 3 - Experiência Religiosa	29
Quadro 4 - Análise descritiva de Depressão e de Religiosidade, por grupo	30
Quadro 5 - Resultados do Teste Mann-Whitney relativamente à Depressão e à Religiosidade	32
Quadro 6 - Análise da Correlação entre Depressão e Religiosidade.....	33
Quadro 7 - Influência do fator Idade na Depressão e religiosidade – Grupo 1	37

INTRODUÇÃO

A literatura atual tem demonstrado a relevância das dimensões espiritualidade e religiosidade no bem-estar e na saúde dos indivíduos.

Em Portugal, segundo os CENSOS 2011 (PORDATA, 2012), cerca de 85% da população afirma ter uma crença religiosa, o que justifica a importância desta dimensão na vida das pessoas.

Para além disso, sabe-se que o índice de envelhecimento é de 129,8% e que o índice de dependência dos idosos é de 28,8% (PORDATA, 2012). A taxa de população com mais de 65 anos é de 19,5%, prevendo-se que em 2050 se acentue esta tendência, com uma taxa de 35,72% de pessoas idosas em Portugal (United Nations, 2001). Estes dados levantam cada vez mais desafios e uma necessidade de aprofundar os estudos com esta população, de forma a dar uma resposta mais efetiva às suas necessidades.

A depressão continua a ser uma das perturbações mentais com maior prevalência em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001), a depressão aparece como uma das principais causas de incapacidade, prevendo-se que até ao ano 2020 assuma o segundo lugar em termos de anos de vida perdidos por incapacidade, logo abaixo das doenças cardiovasculares.

Esta realidade torna-se ainda mais preocupante no que diz respeito aos idosos, sendo a depressão um dos problemas prioritários apontados no Plano Nacional de Saúde para as pessoas idosas (Direção Geral de Saúde, 2004).

Estes dados vêm mostrar a pertinência deste trabalho, esperando que ele constitua um contributo importante para o estudo desta população.

Neste trabalho irá ser abordada a relação entre a dimensão religiosidade e a depressão, tentando averiguar as diferenças entre uma amostra de adultos seniores (com

mais de 60 anos) dependentes e integrados no programa de Cuidados Continuados e adultos seniores ativos.

Este trabalho será apresentado ao longo de 6 capítulos, em que no primeiro será feita uma revisão da literatura e um enquadramento teórico sobre as temáticas em causa, nomeadamente, o envelhecimento; o envelhecimento em Portugal; os conceitos de religiosidade e espiritualidade; a realidade da religião em Portugal; a depressão no idoso; a relação entre religiosidade, depressão e envelhecimento; e por fim a realidade dos cuidados continuados domiciliários.

No segundo capítulo enunciam-se os principais objetivos e hipóteses formuladas.

No terceiro capítulo é descrita a metodologia utilizada, organização dos grupos de participantes, descrição dos instrumentos, processo de recolha dos dados e os procedimentos estatísticos escolhidos.

No quarto e quinto capítulo são apresentados e discutidos os resultados respetivamente.

Por fim, no último capítulo são abordadas algumas conclusões deste estudo, assim como são apontadas limitações e constrangimentos do mesmo, tentando também deixar algumas sugestões para novas investigações nesta área.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O envelhecimento

O envelhecimento e desenvolvimento são um conjunto de fenómenos dinâmicos que provocam várias mudanças (biológicas, psicológicas e sociais) no organismo em função do tempo (Fontaine, 2000).

A modernização das culturas ocidentais, a partir do séc. XIX, rompeu com as tradições, com as redes sociais tradicionais e com a estrutura familiar que existia anteriormente, passando o idoso a ocupar um lugar periférico nesta nova reorganização familiar (Lima, 2008). Na cultura pós-moderna, ao mesmo tempo em que predomina uma imagem negativa da velhice (Lasch, 1983, citado por Moreira, 2012), é também o momento histórico em que se assiste ao aumento dos estudos sobre envelhecimento.

A partir dos anos 50, começaram a aparecer os estudos longitudinais, como o estudo longitudinal do envelhecimento de Baltimore (*The Baltimore Longitudinal Study*), cujo principal objetivo é a identificação dos processos naturais que ocorrem ao longo do envelhecimento humano, na tentativa de distinguir os fenómenos “normais” dos “patológicos”, contribuindo para desmistificar alguns paradigmas relativos ao envelhecimento (National Institute of Aging, 2008).

Atualmente assiste-se a um novo movimento de consciencialização social e que tem mudado o olhar sobre a velhice. Um dos fatores que tem contribuído para esta mudança paradigmática tem a ver com o aumento da população idosa ativa, começando a surgir a possibilidade de reconhecer o idoso como sujeito psíquico e como agente social (Birman, 1995, citado por Lima, 2008).

Erikson (1982) é um dos teóricos que vem mudar a compreensão do envelhecimento, pensando o desenvolvimento em estádios que se organizam em torno

de conflitos básicos e representativos de cada momento da vida do ser humano. Para este autor, o desenvolvimento acontece ao longo de 8 estádios, em que o motor que permite a passagem de um estágio para o outro é o conflito. Cada fase caracteriza-se por uma crise e exige a resolução e a superação de um conflito interno-externo. Estas crises caracterizam-se por um duplo pólo contraditório (positivo e negativo), em que o indivíduo escolhe um ou outro, de acordo com as exigências sociais (Erikson, 1982). O último estágio proposto por Erikson apresenta o conflito entre Integridade do Eu e Desespero, entre o desejo de sentir prazer em viver e envelhecer com dignidade e a ansiedade perante a perda de autonomia e face à morte. O idoso tem de fazer um balanço da sua vida, analisando o que ficou por conquistar e o que foi realizado, podendo considerar o seu percurso com sabedoria. Se essa análise é positiva, o indivíduo encara a sua existência como positiva (Integridade), mas se a avaliação for negativa, aparece o desejo de voltar atrás, de reformular escolhas e ao confrontar-se com o ser demasiado tarde, pode instalar-se a angústia e o desespero.

Por sua vez, Baltes, Staudinger, e Lindenberger (1999) definem desenvolvimento bem-sucedido como um processo geral de adaptação, uma abordagem que envolve a maximização dos ganhos (objetivos desejados) e a minimização das perdas. A forma como o idoso enfrenta essas mudanças e perdas varia e depende do seu percurso e meio onde se insere. Estas perdas, juntamente com outros fatores como falta de integração social, fragilidades pessoais ou doença crónica, podem ser importantes para o aparecimento de psicopatologias (George, 1999, citado por Lima, 2008).

Segundo Neri (1995, citado por Moreira, 2012), a perspetiva *life-span* defende a ideia do desenvolvimento ao longo da vida, em que o indivíduo está em permanente desenvolvimento, apesar de na velhice diminuir a plasticidade. O idoso tem de estar atento às mudanças que vão acontecendo, não só a nível físico mas também social,

económico, histórico e cultural. Os acontecimentos de vida obrigam o sujeito a rever os seus recursos e a criar novas formas de adaptação e confronto com estas mudanças.

Com o envelhecimento, o idoso confronta-se com a proximidade com a morte, diminuição de projetos futuros, mudanças e perdas físicas e cognitivas, tornando inevitável que haja um constante trabalho de luto. Se o ambiente social oferecer oportunidade de substituição simbólica das perdas por ganhos noutras dimensões da existência, haverá então uma boa oportunidade de elaboração psíquica (Py, 2004, citado por Lima, 2008) e de uma vivência da velhice mais satisfatória.

1.1.1. O envelhecimento em Portugal. O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo dos vários anos tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, com um significativo envelhecimento da sociedade e aumento da esperança média de vida da população.

Em Portugal, e segundo o último CENSOS (INE/PORDATA, 2012), o índice de envelhecimento é de 127,8%, em que o índice de dependência dos idosos é de 28,8%. Segundo as projeções do INE (2009), a população com mais de 65 anos deverá aumentar de 19% para 32% em 2060, e o peso da população com mais de 80 anos poderá chegar aos 10,9%.

O desenho das políticas sociais e de saúde devem ter em conta esta nova realidade e as projeções demográficas, não só ao nível da intensidade do movimento populacional e das suas estruturas etárias a médio e longo prazo, mas também ao nível das profundas alterações nas estruturas familiares (Carneiro, 2012).

1.2. O conceito de religiosidade e espiritualidade

As dimensões religiosidade e espiritualidade foram durante muitos anos negligenciadas pelos teóricos da Psicologia. No entanto, durante as últimas décadas, tem-se assistido a um aumento de investigações nesta área cujos resultados vêm demonstrar a importância da relação entre estas dimensões e a saúde física e mental dos indivíduos (Moreira-Almeida, Neto, & Koenig, 2006).

Segundo Pinto e Ribeiro (2007), a dimensão espiritual integra o conceito de saúde, sendo considerada essencial para uma abordagem holística dos cuidados de saúde. Esta é uma dimensão importante na atribuição de significado ao sofrimento decorrente de doença crónica, assim como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde.

Religiosidade e Espiritualidade são conceitos cuja definição nem sempre é fácil e consensual. De acordo com Moreira-Almeida, Neto e Koenig (2006), a religiosidade envolve relações com uma comunidade que partilha crenças e rituais religiosos. Segundo os autores, trata-se de um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que facilitam a aproximação ao sagrado e transcendente. Enquanto isso, e segundo os mesmos autores, a espiritualidade é a atribuição de um significado à vida, a procura de sentido e transcendência, e pode estar ou não envolvida num sistema de crenças religiosas.

Ao longo dos anos têm surgido diversos autores que abordam a questão da religiosidade e espiritualidade, entre estes, Jung que se destacou entre os clássicos da Psicologia, pela atenção que deu à religião. Considerava a religião um fenómeno complexo, transversal a várias áreas. Segundo ele, a natureza religiosa do Homem existe como um facto social total e revela um aspeto essencial e social da humanidade. Jung

define religião como “uma atitude do espírito humano” (Jung, 1978, p. 10), uma experiência cósmica, primordial, sem referência a nenhuma confissão específica.

Por outro lado, Pargament (1999) define religião como algo organizacional, associado a rituais e ideologias; enquanto a espiritualidade se refere ao pessoal, afetivo e experiencial. Segundo este autor, espiritualidade seria um processo dinâmico, de procura de sentido, de unidade e transcendência; e religião aparece como uma entidade estática, um conjunto de crenças relacionadas com o sagrado. A ideia que o indivíduo pode ser espiritual sem ser religioso é uma das ideias-chave nos seus documentos sobre espiritualidade.

Allport e Ross (1967) distinguem ainda dois tipos de religiosidade: a motivação religiosa intrínseca e extrínseca. Na religiosidade intrínseca a religião tem um lugar central na vida do indivíduo que procura viver de acordo com as suas crenças que são internalizadas numa atitude de compromisso. No outro tipo de religiosidade (extrínseca), a religião assume-se como um meio para obter outros fins, ocupando um lugar superficial na vida da pessoa.

Dull e Skokan em 1995 (citado por Araújo et al., 2011) referem que através da religiosidade o indivíduo consegue atribuir um significado aos vários acontecimentos da sua vida, compreendendo-os e encarando-os como parte de algo mais transcendente, mediante a crença de que nada acontece por acaso.

Durkheim, em 1915 (citado por Kenneth, 2001), referia que a participação em atividades religiosas organizadas parecia oferecer alguma proteção contra perturbações psicológicas, por permitir a integração do indivíduo na sociedade.

Fry (2000) mostrou que variáveis como envolvimento religioso, o sentido de vida, participação em práticas espirituais, grau de conforto derivado da religião,

sentimento de paz consigo mesmo e o acesso a recursos religiosos, são preditores significativos para o bem-estar dos idosos.

Por sua vez, Emmons e Paloutzian (2003) defendem que a religiosidade e a espiritualidade contêm dimensões múltiplas, como biológicas, cognitivas, comportamentais, de identidade, relações inter-individuais, personalidade e autoconsciência. Segundo os mesmos autores, os indivíduos que apresentam uma maior motivação espiritual, manifestam menos conflitos, mostrando maiores objetivos na vida, ao mesmo tempo que revelam mais satisfação e felicidade na procura das suas metas. Outros estudos (Levin & Chatters, 1998, citado por Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006) encontram relações positivas entre a religiosidade e outros fatores associados ao bem-estar, como o otimismo e esperança, autoestima, propósito de vida, suporte social e até mesmo com a satisfação conjugal.

Além disso, tem sido demonstrado (Blazer, 1976; Musick, 1996; Koenig, 1998, citado por Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006) que o impacto positivo da religiosidade e espiritualidade no bem-estar é mais forte entre indivíduos mais idosos, dependentes e doentes, o que vem ao encontro da ideia que o efeito protetor da religiosidade é maior em pessoas sujeitas a condições e acontecimentos de vida mais stressantes e com maior fragilidade.

Pargament (1998, citado por Linares, 2012) definiu o conceito de *coping* religioso como a capacidade do indivíduo atribuir um significado a acontecimentos de vida mais stressantes. Este *coping* religioso tem como objetivos a busca de significado, o controle e o conforto espiritual, sendo encarado como o processo pelo qual os indivíduos, por meio da sua espiritualidade, crença ou comportamentos religiosos, tentam lidar e enfrentar situações de vida. A noção de *coping* religioso tem como pressupostos: a existência de uma experiência stressante; a avaliação que o indivíduo

faz dessa situação; os recursos disponíveis para lidar com isso; e responsabilidade ao lidar com determinada experiência.

Segundo Pargament (1997, citado por Barbosa, 2008), perante uma situação de vida stressante, a religiosidade ajuda na avaliação e na regulação da resposta do sujeito. Este autor classifica as estratégias de *coping* religioso-espiritual em positivas e negativas. O *coping* religioso positivo está relacionado com estratégias que têm um efeito positivo nos indivíduos, procurando ajuda e conforto. No *coping* religioso negativo, o indivíduo adota estratégias negativas, experimentando sentimentos de insatisfação com Deus e assumindo uma postura passiva face aos problemas (Pargament 1998, citado por Linares, 2012).

Pargament, Koenig, e Perez (2000, citado por Barbosa, 2008) atribuem cinco funções-chave relacionadas com a religiosidade, para definir os estilos de *coping* religioso: 1- significado, quando a religiosidade oferece um sentido à vida do indivíduo; 2- controle, quando fornece ferramentas e alternativas para conter as situações stressantes; 3- conforto, quando promove consolo e bem-estar; 4- familiaridade, enquanto mecanismo de solidariedade social; e 5- transformação da vida, quando o sujeito avalia e desiste de antigos valores, passando a adotar novos significados da sua vida.

Moreira-Almeida, Neto e Koenig (2006) referem que a religiosidade tem um efeito sobre a saúde mental, em especial na adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e no suporte social. A religiosidade influencia também a forma como a pessoa lida com os problemas e com o sofrimento, permitindo uma maior aceitação, resiliência, esperança e significado.

Ainda nesse campo, Argyle (1999, 2000, citado por Zwingmann, Klein, & Bussing, 2011) acrescentou que os comportamentos religiosos promovem um estilo de

vida saudável, e uma relação próxima com Deus seria uma fonte de conforto e autoestima. Berger (1995, citado por Nunes & Portella, 2003) defende que a prática de um culto ou a identificação com determinada ideologia/crença religiosa permite manter a integridade psicológica e evitar a alienação cultural.

1.2.2. A religião em Portugal. Como no resto da Europa, também em Portugal a religião aparece ao mesmo tempo presente e ausente pois, apesar dos estudos quantitativos verificarem um declínio das práticas religiosas, a religião continua a ter um papel importante na realidade contemporânea portuguesa (Dix, 2010).

Segundo o estudo de 2011 do Centro de Estudos de Religiões e Culturais (CERC), da Universidade Católica Portuguesa (Teixeira, 2012), Portugal continua a ser um país maioritariamente católico, o que influencia os comportamentos e atitudes sociais. No entanto, houve um decréscimo relativo da população que se declara católica (79,5%), comparando com os resultados de 1999 (86,9%), tendo havido um aumento da percentagem referente a outras crenças religiosas. De acordo com o mesmo estudo, 33% dos inquiridos refere que, diariamente, costuma “rezar ou dirigir-se a Deus, através da oração ou meditação”, sendo que 45,7% mantêm uma relação de proximidade com os atos de culto.

1.3. Depressão no idoso

Sabe-se que a depressão é uma das perturbações psiquiátricas mais frequentes na população mais envelhecida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001), a depressão aparece como uma das principais causas de incapacidade, prevendo-se que até ao ano de 2020 assuma o 2º lugar em termos de anos de vida perdidos por incapacidade, logo abaixo das doenças cardiovasculares. Estes factos somam-se aos

altos custos financeiros, à elevada taxa de utilização dos serviços de saúde e à diminuição da qualidade de vida dos idosos.

O diagnóstico da depressão no idoso exige uma maior atenção às especificidades do próprio envelhecimento, assim como à heterogeneidade dos idosos, mais do que tentar enquadrar os sintomas nas diferentes classificações de diagnóstico (DSM IV e CID-10). Na maioria dos casos, a atipicidade da depressão no idoso não permite fazer a total correspondência com estes critérios classificativos (Loureiro, 2009). É importante ter em conta alguns aspetos que tornam a depressão no idoso tão específica, nomeadamente os fenómenos psicológicos, biológicos e socioculturais específicos do envelhecimento (Blay, 2000, citado por Drucker, 2005).

Um dos principais entraves ao diagnóstico prende-se com os mitos e crenças, tanto de familiares como dos próprios profissionais de saúde, que consideram a tristeza e a depressão como normais no processo de envelhecimento (Vaz, 2009 e Loureiro, 2009). Ao mesmo tempo, a presença de queixas somáticas e a grande comorbidade dificultam o seu diagnóstico, assim como atrasam a procura de ajuda por parte do idoso.

A depressão normalmente resulta da interação de um conjunto de fatores de risco. Hughes (2005) refere que fatores de vulnerabilidade ou predisposição podem influenciar o risco de depressão no idoso. Entre eles estão fatores como género feminino, história prévia de depressão, história familiar, baixo nível socioeconómico, problemas físicos de saúde, fraco suporte social, fatores de personalidade, medicação ou abuso de álcool. Como fatores precipitantes aparecem os acontecimentos de vida stressantes (como o luto, separação, doença aguda, crise económica, entre outros), e os stressores crónicos (declínio da saúde física, incapacidade, perdas sensoriais e declínio cognitivo, reforma, isolamento social). A incapacidade física parece assim ser um fator de risco para a depressão, levando a um maior número de acontecimentos de vida

negativos, assim como a uma restrição das relações sociais ou atividades de lazer, reduzindo a qualidade do suporte social.

No que respeita à prevalência da depressão no idoso, os dados não são consensuais, variando entre 6,4% e 34%, de acordo com a metodologia e classificação usada e com a população estudada (Sousa, Nunes, Guimarães, Cabrita, Cavadas, & Alves, 2010). O estudo EURODEP, de 2004, analisou dados de quinze países europeus e encontrou uma prevalência média de 12,3% no âmbito dos cuidados de saúde primários. Marques e Firmino (2003, citado por Loureiro, 2009) apresentam uma taxa de prevalência de sintomas depressivos na comunidade idosa de 15% e de 4% para a perturbação depressiva major.

O censo psiquiátrico de 2001, realizado em todas as instituições psiquiátricas do país, revelou uma taxa de 14,9% na população em geral (Bento, Carreira, & Heitor, 2001, citado por Sousa et al., 2010). Um estudo transversal realizado na zona norte do país, em 2008 (Sousa et al., 2010), e que incluiu idosos com mais de 65 anos, inscritos em unidades dos cuidados de saúde primários, utilizou a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência da depressão em idosos. Neste estudo, a taxa de prevalência da depressão provável foi de 42,1%, sendo significativamente superior no género feminino, em indivíduos com baixa escolaridade e solteiros. Não foram encontradas diferenças significativas na variável idade.

Segundo Blazer (2009), os vários estudos apontam para uma prevalência de sintomas clinicamente significativos, entre os idosos residentes na comunidade, de cerca de 8-16%. Segundo o mesmo autor, os estudos apontam para uma maior prevalência de sintomas depressivos entre os idosos mais velhos. Os fatores idade, género, limitação física e nível socioeconómico parecem afetar o aparecimento de sintomas depressivos.

Os diferentes critérios e instrumentos de avaliação poderão ser um dos motivos para a discrepância nas taxas de prevalência.

1.4. A religiosidade, depressão e o envelhecimento

A maior fragilidade, instabilidade, deterioração física e mental, normalmente associadas ao envelhecimento, fazem com que esta seja uma fase propícia à reflexão e reconfiguração do sentido de vida.

Goldstein e Neri (1999, citado por Dendena, Dallazen, Lyra & Tosi, 2011) referem que a religião se torna ainda mais importante para os adultos na segunda metade das suas vidas. Nesta fase os indivíduos tendem a dar mais atenção aos aspetos internos do *self*, facilitando o surgimento de sentimentos e crenças religiosas.

Crowther et al., em 2002 (citado por Lucchetti, Lucchetti, Bassi, Nasri & Nacif., 2011) propuseram uma alteração ao modelo de envelhecimento saudável de Rowe e Kahn, de 1997, que implica a introdução de um quarto fator – a espiritualidade. Segundo estes autores, o envelhecimento bem-sucedido estaria associado a quatro fatores: a ausência de doença física, o envolvimento na sociedade, o bom funcionamento cognitivo e físico e por fim, a espiritualidade.

Com o aumento das investigações sobre religiosidade e espiritualidade em contextos de saúde, tem-se verificado que os idosos são um grupo especialmente vulnerável, em que a religiosidade/espiritualidade assume um papel protetor e facilitador da adaptação aos vários acontecimentos de vida, que nesta fase estão associados a várias perdas (da saúde física, perdas financeiras, de autonomia, de familiares e amigos e até com a proximidade da morte). Face a estas situações, o envelhecimento muitas vezes traz algumas questões existenciais a que a religiosidade

tenta responder (Sommerhalder & Goldstein, 2006, citado por Duarte & Wanderley, 2011).

Cavalcante et al. (citado por Lucchetti, et al., 2011) referem que, o facto de a velhice ser considerada a última etapa da vida, faz com que os idosos pensem mais na morte e a questão da finitude torna-se mais próxima e mais real. Assim, a religiosidade/espiritualidade assumiria um papel significativo no envelhecimento bem-sucedido (Moraes et al., 2005, citado por Lucchetti et al., 2011).

A velhice requer aptidões e competências que permitam aos indivíduos que a vivenciam integrarem-se na sociedade, agora com um novo estatuto, manterem-se autónomos, promovendo o seu bem-estar físico e psicológico. As crenças religiosas aparecem pois como uma forma que muitos idosos encontram para enfrentar tais desafios. A religião poderá funcionar quase como um mecanismo de *coping*, numa fase da vida em que o idoso se questiona acerca do sentido da sua vida.

McFaden, em 1995 (citado por Amado, 2008), refere que o estudo da religião nos idosos é fundamental, pois são o grupo etário que manifesta maiores níveis de crenças e práticas religiosas. Além disso, muitas vezes são as próprias instituições religiosas que fornecem muitos dos serviços de apoio aos idosos, como os centros de dia, e o apoio domiciliário, entre outros.

Emery e Pargament (2004, citado por Amado, 2008) defendem o *coping* religioso, designando-o como um conjunto de esforços para o indivíduo se confrontar com as situações de stresse e mudança, muito presentes na velhice. Snodgrass e Sorajjakool (2011) referem que as experiências de vida oferecem aos idosos a oportunidade para aumentar a sua espiritualidade, uma vez que permitem uma maior introspeção. Para estes autores, o aumento da espiritualidade é quase uma tarefa

desenvolvimentista, uma vez que a atribuição de significado é particularmente importante na adaptação ao processo de envelhecimento.

O sentido de vida é muitas vezes questionado perante os acontecimentos de vida, acabando por mudá-lo e questioná-lo quando se é jovem. No entanto, numa idade mais avançada, que se apresenta com experiências de maior fragilidade, instabilidade, imprevisibilidade, deterioração física e mental, este processo de reflexão e reconfiguração do sentido de vida acaba por se tornar uma necessidade, uma vez que o próprio processo de envelhecimento coloca mais questões relativas à finitude e à mortalidade do indivíduo (Snodgrass & Sorajjakool, 2011; Koenig, 2006).

No âmbito da saúde mental, a relação entre religiosidade/ espiritualidade e a depressão tem sido alvo de estudo nos últimos anos, revelando que a religiosidade está inversamente associada ao nível de sintomas depressivos (Pargament, 1998; Koenig, 1998, citado por Moreira-Almeida & Stroppa, 2009).

Existem evidências de que a religiosidade influencia o aparecimento e o tratamento de perturbações mentais, uma vez que as crenças religiosas influenciam a forma como os indivíduos lidam com as situações e acontecimentos de vida, em especial os de maior stresse (Moreira-Almeida & Stroppa, 2009).

Koenig, George e Peterson, (1998) investigaram os efeitos das crenças e práticas religiosas na remissão de sintomas depressivos em doentes com mais de 60 anos, que estavam hospitalizados. Os resultados mostraram que a religiosidade intrínseca está significativamente relacionada a um menor tempo de remissão de sintomas depressivos. Este trabalho vem reforçar a ideia de que a maior parte dos idosos tem crenças religiosas e que isso influencia a forma como se adaptam à situação de doença. Para estes autores a religião parece proporcionar um sentido de esperança, promovendo assim uma maior motivação para a recuperação emocional e psicológica.

O estudo de Smith, McCullough, e Poll (2003) também demonstrou a associação entre religiosidade e depressão, tendo concluído que altos níveis de religiosidade estavam associados a baixos índices de depressão. Esta relação não parece variar com a idade e género, mas aparece mais significativa em sujeitos com altos níveis de stresse e com maior fragilidade física.

Segundo Sun, et al. (2011), a religiosidade pode ajudar a contrariar o humor depressivo através de mecanismos psicossociais, como o aumento do suporte social. O estudo destes autores, sobre o papel da religiosidade na trajetória dos sintomas depressivos ao longo do tempo, em idosos, revelou que os sujeitos com altos níveis de religiosidade intrínseca, no início do estudo, experimentaram um declínio no número de sintomas depressivos, ao longo dos quatro anos em que decorreu o estudo. Ao mesmo tempo, os indivíduos com melhor estado de saúde, maior suporte social e bom nível socioeconómico, apresentaram um ligeiro declínio no início, seguido de um aumento mais lento dos sintomas depressivos, relativamente aos participantes com um estado de saúde mais débil e com menos suporte social. A importância da religiosidade na vida do indivíduo pode não influenciar o seu humor atual, mas ao longo do tempo pode interferir com a taxa de remissão dos sintomas depressivos, o que vem ao encontro dos estudos de Koenig, George e Peterson, (1998).

Os indivíduos com alto nível de religiosidade intrínseca parecem mais capazes de lidar com situações de vida stressantes, pois estão motivados e sentir-se-ão capacitados pela sua fé. Em situações de declínio da saúde física, estes sujeitos são mais capazes de gerir os sintomas da sua doença pelo sentimento de esperança, derivado de uma forte identidade religiosa (Sun, et al., 2011).

1.5. Os idosos dependentes no domicílio

Apesar do aumento dos estudos relativos à saúde mental na população mais idosa, ainda há muito pouca literatura sobre os idosos limitados ao domicílio. Devido ao isolamento social imposto pela doença crónica e pelas limitações funcionais, estes idosos dependentes podem ser mais vulneráveis à depressão do que os idosos ativos (Choi & McDougall, 2007). O facto de estarem limitados ao domicílio faz com que as suas necessidades, em termos de saúde mental, não sejam totalmente identificadas, constituindo uma barreira ao tratamento adequado.

O rápido crescimento da população idosa é semelhante ao aumento do número de idosos dependentes no domicílio e que necessitam de apoio domiciliário nas suas atividades de vida diária (Choi & McDougall, 2007).

Todo o indivíduo com doença crónica é obrigado a confrontar-se com as mudanças que vão ocorrendo ao longo da sua doença.

O estudo de Bruce e McNamara, em 1992 (citado por Choi & McDougall, 2007), mostrou que a depressão, distímia, ansiedade e alterações cognitivas apareciam em maior número (quase o dobro) em idosos com mais de 65 anos e que estavam limitados ao domicílio. Em 2002, Bruce et al. (2002, citado por Choi & McDougall, 2007) revelaram que 13,5% dos 539 utentes de uma empresa de prestação de cuidados de enfermagem foram diagnosticados com depressão major. O mesmo estudo revelou que a taxa de depressão major foi duas vezes mais elevada nos pacientes limitados ao domicílio do que nos utentes em ambulatório.

Na investigação de Choi e McDougall, de 2007, os resultados mostram que 42% dos utentes em domicílio apresentam elevados níveis de depressão, medidos através da Escala Geriátrica de Depressão, comparados com os 13% do grupo de controlo. Mesmo controlando variáveis sociodemográficas e os problemas de saúde e outros stressores, a

condição de estar limitado ao domicílio aparece significativamente associada a um maior número de sintomas depressivos. No entanto, a disponibilidade e a qualidade do suporte social são importantes recursos de *coping*, que ajudam a travar os efeitos negativos das doenças crónicas e da incapacidade funcional (Choi & McDougall, 2007).

Para os idosos no domicílio, pelo facto de verem a sua rede de suporte social limitada, devido à redução do contacto com o mundo exterior, o suporte familiar, juntamente com a religiosidade e espiritualidade, pode ter um papel fundamental na contenção dos sintomas depressivos. Diferentes tipos de práticas religiosas (privada e públicas) podem ter também diferentes resultados na avaliação da depressão (Choi & McDougall, 2007). A condição de dependência dos idosos limitados ao domicílio funciona também como uma barreira para as práticas religiosas públicas, acabando por adotar mais práticas privadas, como o rezar.

A Direção Geral da Saúde, no Plano Nacional para Saúde das Pessoas Idosas, (2004) realça a importância da implementação de políticas que permitam desenvolver ações mais próximas dos idosos, tornando-se cada vez sensíveis às necessidades desta população e promovendo a sua autonomia. Este tipo de políticas permite minimizar os custos e a dependência, humanizar cuidados e ajustar-se às especificidades do envelhecimento individual e da população.

Um dos objetivos individuais de vida passa por conseguir viver o mais tempo possível de forma independente, no seu ambiente familiar. Isto implica uma responsabilidade, não só individual mas também coletiva e social, representando um enorme desafio para os serviços de saúde, em especial para os Cuidados de Saúde Primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem repostas cada vez mais adequadas a esta população (DGS, 2004).

As pessoas idosas em situação de maior fragilidade e vulnerabilidade ou em situação de dependência requerem uma atenção especial por parte dos serviços de saúde, nomeadamente ao nível das respostas integradas.

Neste contexto, em 2006, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que tem como Missão “garantir a prestação de cuidados de saúde e apoio social, recuperadora e paliativa, a todas as pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência e apoiar os familiares ou cuidadores informais, na qualificação e na prestação dos cuidados” (Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2012, p.7)

O relatório de 2012, da Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), mostra que 81,5% dos utentes referenciados à RNCCI têm idade superior a 65 anos, e que destes, 44,5% têm mais de 80 anos.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Mafra é composta por uma equipa multidisciplinar que inclui Enfermeiros, Psicóloga, Técnica de Serviço Social, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e Dietista. Atualmente a ECCI de Mafra tem 40 utentes em carteira. Para além desta equipa, o Centro de Saúde dispõe de outras equipas de enfermagem que fazem também visitas domiciliárias a utentes dependentes, mas que não reúnem os critérios de grande dependência ou que não requerem cuidados diferenciados, como aqueles que são integrados na ECCI.

Esta realidade vem confirmar a pertinência deste trabalho e é nesta perspetiva que surgiu este projeto. Religiosidade e depressão são conceitos e realidades que aparecem frequentemente na prática clínica, mas que continuam a ser, de certa forma, negligenciados pelos profissionais de saúde, apesar de toda a literatura e investigação mostrar a sua importância na promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESES

O grande objetivo deste estudo é estudar as relações entre a religiosidade e depressão nos idosos, em especial nos idosos dependentes e limitados ao domicílio, integrados no programa de cuidados continuados. O estudo visa ainda explorar se há diferenças entre o grupo de idosos dependentes e o grupo de idosos saudáveis relativamente às variáveis depressão e religiosidade. Serão igualmente exploradas variáveis sociodemográficas e psicossociais, nomeadamente idade, género e perceção do estado de saúde, com a sintomatologia depressiva e religiosidade.

Objetivos específicos:

1. Avaliar os níveis de depressão em indivíduos com mais de 60 anos
2. Avaliar os níveis de religiosidade, medidos através das práticas e crenças religiosas e força da fé, em indivíduos com mais de 60 anos.
3. Verificar a relação entre depressão e religiosidade.

Destes objetivos decorre a hipótese:

Hipótese 1 – Espera-se que níveis elevados de religiosidade estejam associados a índices baixos de depressão.

4. Verificar se o fator dependência influencia os níveis de depressão e religiosidade.

Decorrem as hipóteses:

Hipótese 2 – Espera-se encontrar maiores níveis de religiosidade no grupo de participantes dependentes do que no grupo saudável.

Hipótese 3 – Espera-se encontrar maiores níveis de depressão no grupo de participantes dependentes do que no grupo de participantes saudáveis.

5. Avaliar a influência de algumas variáveis sociodemográficas sobre os níveis de depressão e religiosidade.

Decorrem as hipóteses:

Hipótese 4 – Espera-se encontrar diferenças de resultados nos níveis de depressão e religiosidade, consoante as variáveis sociodemográficas, género, estado civil, nível de escolaridade.

Hipótese 5 – Espera-se encontrar maiores níveis de religiosidade e depressão nos participantes mais velhos.

Hipótese 6 – Espera-se encontrar uma associação negativa entre o apoio familiar e a depressão.

3. MÉTODO

3.1. Participantes

A amostra constituída foi de conveniência e integrou 63 participantes com idade igual ou superior a 60 anos.

Grupo 1 _ constituído por participantes dependentes, limitados ao domicílio, obtido através da seleção dos utentes integrados no programa de Cuidados Continuados do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul. São utentes que apresentam níveis de dependência elevados, limitados ao domicílio, com níveis de compreensão adequados e sem patologia relevante que possa interferir na sua participação consciente e informada.

Grupo 2 _ constituído por participantes independentes/ativos integrados na comunidade, sem limitações físicas e com níveis de compreensão adequados e sem patologia relevante.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário sociodemográfico. Foi adaptado pretendendo recolher dados sociodemográficos dos participantes, incluindo variáveis como género, idade, estado civil, nível escolaridade, apoio social e familiar. No que concerne às variáveis clínicas, foram registadas informações relativas à patologia que deu origem à integração no programa de cuidados continuados e o tempo de integração na mesma. Foi também adaptado de forma a informar sobre alguns aspetos da experiência religiosa dos participantes.

3.2.2. Questionário de Práticas religiosas. Adaptado de forma a informar também sobre as características da prática e envolvimento religiosos dos participantes.

Trata-se de um questionário com 11 questões, cinco das quais se referem às práticas religiosas atuais e seis que dizem respeito a valores e princípios religiosos adquiridos. Com o objetivo de se trabalhar os dados deste questionário, e na medida em que grande parte dos seus itens são apresentados sob a forma de uma escala de Likert de quatro pontos, procurou-se construir com eles uma escala da prática religiosa. Para tal, retiraram-se 3 itens do questionário (item 1, 3 e 4), que não estão diretamente relacionados com a prática religiosa atual ou não respeitam a escala de Likert, e fez-se a análise da precisão da escala assim resultante, tendo sido obtido um elevado nível de precisão, com um valor de Alfa de *Cronbach* de .86 ($M = 19.5$, $DP = 5.18$).

Quadro 1

Estatística descritiva do QPR

Média	Mínimo	Máximo	Variância	Desvio-Padrão	Nº Itens
19.15	1.475	3.390	26.856	5.182	8

Nota: N=63

3.2.3 **Spiritual Beliefs Inventory – SBI-15 R** (Holland et al., 1998).

Versão adaptada, ainda em estudo, no Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica.

Este instrumento foi desenvolvido para medir as crenças e práticas religiosas e espirituais, assim como o suporte social derivado da comunidade que partilha estas mesmas crenças.

Começou por ter 35 itens e foi estudado em 12 doentes com cancro, tendo sido identificados 4 domínios. Numa segunda fase, o questionário passou a ter 54 itens (SBI-54) e foi adaptado para um formato de autopreenchimento.

Na fase de validação, contrastando com os 4 domínios iniciais, foram agora identificados 2 fatores: crenças e práticas religiosas; e suporte social por parte da comunidade religiosa.

A validade de constructo foi confirmada pela análise fatorial, foi obtido um elevado nível de precisão (Alfa de *Cronbach* de .94) e uma alta correlação do instrumento com medidas de religiosidade intrínseca (Allport & Ross, 1967, citado por Holland et al., 1998). Numa fase posterior, o questionário foi reduzido a 15 itens, tendo sido encontradas correlações elevadas com o SBI-54 ($r = .98, p < .000$)

A necessidade de adaptar o SBI-15 para ser aplicado a pacientes com doença crónica levou os autores a reformular o 1º item. Outros itens foram aplicados tanto a sujeitos com doença como saudáveis. Esta revisão foi assumida como o SBI-15R, e é usada em investigações com populações com doença.

Para os autores, a avaliação das crenças religiosas e espirituais surge como uma variável potencialmente mediadora do *coping* face a situações de doença e medida de Qualidade de Vida. Para além disso, a participação numa comunidade religiosa assegura, muitas vezes, um forte suporte social em indivíduos que partilham as mesmas

crenças. Este suporte social continua a surgir consideravelmente como fator importante na adaptação positiva à doença (Holland et al., 1998).

Na presente investigação encontrou-se um nível de precisão elevado (Alfa de *Cronbach* .97).

3.2.4. Questionário de Santa Clara sobre a Força da Fé Religiosa - SCSRFAQ (Plante & Boccaccini, 1997). A versão original deste questionário foi desenvolvida por Plante e Boccaccini (1997a), sendo um instrumento com 10 itens que mede a força da fé religiosa, independentemente da filiação religiosa.

O instrumento assenta nas várias investigações que mostram que indivíduos com uma forte fé religiosa apresentam altos níveis de satisfação com a vida, maior felicidade pessoal e menores consequências negativas dos eventos traumáticos, do que os indivíduos com pouca fé (Ellison, 1991; Donahue & Benson, 1995, citado por Plante & Boccaccini, 1997a).

O questionário foi desenhado para fornecer um instrumento rápido e fácil de administrar e cotar, sendo uma medida importante para avaliar a fé religiosa, não só na área da investigação, mas também para a prática clínica na área da saúde mental (Plante & Boccaccini, 1997b). Por não ter qualquer referência a uma orientação religiosa específica, pode ser utilizado por pessoas de todas as religiões.

As respostas são dadas numa escala de Likert de 4 pontos, em que: 1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Concordo; 4- Concordo Totalmente. O resultado é obtido pela soma total das respostas e pode variar entre 10 (baixo nível de fé) e 40 (fé elevada).

Nos estudos de validade foram apresentados bons resultados psicométricos (Alfa de *Cronbach* entre .94 e .97), e foram encontradas correlações positivas com a autoestima, sensibilidade interpessoal, *coping* adaptativo e esperança (Plante &

Boccaccini, 1997a). Na atual investigação foi encontrado um nível de precisão elevado, com um valor de Alfa de *Cronbach* de .97 ($M= 32.57$, $DP= 8.4$).

3.2.5. Avaliação da Depressão – CES-D. A depressão foi avaliada através a escala *CES-D*, desenvolvida pelo *Center for Epidemiologic Studies of Depression*, adaptada para a população portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de identificar sintomas depressivos na população geral.

Trata-se de uma escala com 20 itens, de autoaplicação. Os itens estão associados aos vários aspetos que surgem com a depressão: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desespero e desamparo, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbação do sono.

As respostas dadas são avaliadas pela frequência com que determinado sintoma esteve presente na semana anterior ao preenchimento da escala, respostas pontuadas de 0 a 3, numa escala de 4 opções: Nunca ou Muito Raramente (0); Ocasionalmente (1); com alguma frequência (2) e Com muita frequência ou sempre (3). O resultado final pode variar entre 0 a 60 pontos, em que pontuações mais altas indicam maior incidência de sintomas depressivos.

Esta escala foi adaptada para a população portuguesa através dos estudos realizados por Gonçalves e Fagulha (2004), tendo apresentado uma elevada consistência interna (Alfa de *Cronbach* .85). Loureiro, em 2009, apresentou também um estudo de validação da mesma escala para a população idosa, tendo encontrado um valor de consistência interna também elevado (Alfa de *Cronbach* .89). No presente estudo, através da análise da precisão, foi obtido um valor de Alfa de *Cronbach* de .91 ($M= 21.56$, $DP= 12.64$).

3.2.6. Inventário de Saúde Mental – MHI-5. Adaptado para a população portuguesa (Ribeiro, 2001), para rastreio de patologia psiquiátrica.

O MHI começou a ser desenvolvido em 1975 (Veit e Wore, 1983, citado por Ribeiro, 2001), como um instrumento para avaliar o *distress* psicológico e o bem-estar da população geral, e não apenas de pessoas com doença mental. Este instrumento abrange sintomas psicológicos de humor e ansiedade, perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamento.

Posteriormente foram desenvolvidas várias versões reduzidas (MHI-5), entre elas uma com apenas 5 itens (Ribeiro, 2001), usada muitas vezes como rastreio na avaliação da saúde mental, podendo ser usado isoladamente ou integrado noutras escalas (SF-36). A versão adaptada por Ribeiro (2001) é constituída por 5 itens que representam 4 dimensões de saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controlo emocional-comportamental; e bem-estar psicológico. Esta versão apresentou uma boa correlação entre os seus itens e a versão original ($r = .95$), tendo obtido uma boa consistência interna ($\alpha = .84$ para a escala total).

Dos 5 itens da versão reduzida, três itens pertencem à escala de *Distress* e dois à escala de Bem-Estar Positivo. No presente estudo foram encontradas boas propriedades psicométricas com um valor elevado de Alfa de *Cronbach* (.91), ($M = 17.85$, $DP = 6.02$).

3.3. Procedimentos

A recolha da amostra cumpriu os critérios de inclusão descritos anteriormente e foi feita durante os meses de Março a Julho de 2013.

Os participantes assinaram um termo de Consentimento Informado (anexo) no qual foram referidos a natureza e objetivos do estudo, assim como a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.

Os questionários foram aplicados, no caso do grupo 1, no domicílio dos utentes, durante uma visita domiciliária no âmbito dos Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Mafra. A aplicação foi feita pela investigadora ou então por enfermeiros pertencentes à equipa de Cuidados Continuados (previamente treinados para o efeito), logo após terem sido explicados os procedimentos a adotar.

O grupo 2 foi recolhido pelo método bola de neve, entre utentes do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul, amigos e familiares e idosos frequentadores de centro de dia, constituindo uma amostra de conveniência. Os questionários foram preenchidos pelos próprios participantes ou então pela investigadora, quando esta verificou alguma limitação nas competências de leitura e ou de escrita destes participantes.

3.4. Análise Estatística

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao *software IBM SPSS Statistics 20.0*.

Procedeu-se, em primeiro lugar, à descrição da amostra através do cálculo das frequências, média e desvio padrão, pontuação mínima e máxima.

Dado o reduzido tamanho da amostra, fez-se o estudo da normalidade da distribuição dos dados, tendo-se verificado que as variáveis não tinham, na generalidade, uma distribuição normal, pelo que se optou pela aplicação de testes não paramétricos. Assim sendo, foram aplicados os testes de correlação de Spearman, e os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para as diferenças entre os grupos.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização sociodemográfica

Dos 63 participantes, 45 são do sexo feminino e 18 do sexo masculino. As idades variam entre os 60 e 94 anos ($M = 75.06$, $DP = 10.08$).

A partir da amostra inicial foram constituídos dois grupos e todas as análises foram feitas por grupo: Grupo 1 – com doença ($n = 29$, 8 do sexo masculino e 21 do sexo feminino) com idades entre os 60 e os 94 ($M = 74.83$, $DP = 10.94$); Grupo 2 – sem doença ($n = 34$, 24 do sexo feminino e 10 do sexo masculino), com idades entre os 60 e os 93 ($M = 75.26$, $DP = 9.45$).

No grupo 1, a maioria dos participantes (58.6%) está integrado nos Cuidados Continuados há mais de 6 meses, e as principais patologias ou motivos de dependência são as feridas/úlceras (27.6%), reabilitação pós-internamento hospitalar (13.8%) e neoplasias (10.3%).

As restantes características sociodemográficas são resumidas nos quadros seguintes:

Quadro 2

Características sociodemográficas da amostra ($N=63$)

Variável	Categorias	Percentagens	
		Grupo 1	Grupo 2
Sexo	Masculino	27.6	29.4
	Feminino	72.4	70.6
Estado Civil	Solteiro	10.3	11.8
	Casado	48.3	35.3
	Divorciado	34.5	44.1
	Viúvo	6.9	8.8

Escolaridade	Ausência de escolaridade	10.3	29.4
	Básico incompleto	31	26.5
	Básico completo	48.3	23.5
	Secundário incompleto	3.4	8.8
	Secundário completo	3.4	5.9
	Curso médio		5.9
	Curso superior	3.4	
Vida profissional	Aposentado	72.4	85.3
	A trabalhar	20.7	14.7
Com quem vive	Sozinho	13.8	13.8
	Marido / Mulher	37,9	37.9
	Cônjuge e terceiros	13.8	13.8
	Com terceiros	31	31
	Outros familiares/amigos	3.4	3.4
Participação em atividades	Centrada na vida doméstica/familiar	93.1	29.4
	Centro de dia		52.9
	Grupos recreativos na igreja		5.9
	Centrada nos amigos	3.4	2.9
	Outro	3.4	8.8

Quadro 3

Experiência religiosa (N=63)

Variável	Categorias	Percentagens	
		Grupo 1	Grupo 2
Crenças e Práticas Religiosas	Sem crença	6.9	5.9
	Com crença sem prática	20.7	20.6
	Com crença e prática privada	41.4	29.4
	Com crença e prática pública	17.2	14.7
	Com crença e práticas públicas e privadas	13.8	29.4

Filiação religiosa	Católico praticante	44.8	70.6
	Católico não praticante	41.4	20.6
	Cristão não católico	3.4	2.9
	Outra religião	6.9	
	Sem religião	3.4	5.9
Batismo	Sim	100	100
	Não		
Sacramentos	nenhuns	6.9	5.9
	1ª comunhão	13.8	2.9
	Crisma	6.9	2.9
	Matrimónio	10.3	5.9
	1ª comunhão+Crisma+matrimónio	34.5	61.8
	1ª comunhão+Crisma	6.9	5.9
	1ª comunhão+matrimónio	17.2	14.7

4.2. Análise das Hipóteses

4.2.1. Análise dos níveis de depressão e religiosidade. Para a caracterização dos níveis de depressão e religiosidade dos participantes procedeu-se à análise estatística descritiva dos resultados obtidos nos diferentes instrumentos.

Quadro 4

Análise descritiva dos níveis de Depressão e de Religiosidade, por grupo

	Grupo 1 (n=29)					Grupo 2 (n=34)				
	M	Md	DP	Mín	Máx	M	Md	DP	Mín	Máx
Depressão	25.61	22.00	13.750	3	50	18.55	15.00	10.509	4	48
Prática Religiosa	17.17	18.00	4.053	9	23	20.73	23.00	5.597	10	31
Força da Fé	32.96	34	8.331	10	40	32.42	34	8.948	10	40
Crenças religiosas	33.39	35	10.752	6	45	32.52	39,00	13.926	0	45
Saúde Mental	17.09	17,00	6.338	8	27	18.30	18,00	6.202	5	30

4.2.2. Análise das diferenças nos níveis de depressão e de religiosidade nos idosos dependentes (Grupo 1) e idosos saudáveis (Grupo 2). Para a análise da diferença entre os dois grupos, idosos dependentes e idosos saudáveis, nos níveis de depressão e religiosidade realizou-se o Teste *U de Mann-Whitney*.

De acordo com Radloff, 1977 (citado por Loureiro, 2009), considerou-se o ponto de corte igual ou superior a 16 identificando a presença de sintomatologia depressiva e um score igual ou inferior a 15 remetendo para a ausência de sintomatologia depressiva. Assim sendo, foram calculadas frequências em cada grupo e verificou-se que no Grupo 1, 72.4% dos participantes apresentavam um score igual ou superior a 16, e 24.1% tinham um valor igual ou inferior a 15. No Grupo 2, 41.2% dos participantes apresentavam um score igual ou superior a 16, enquanto que 58.8% tinham um score igual ou inferior a 15. Para analisar as diferenças entre os dois grupos em relação à sintomatologia depressiva, foi aplicado o teste de Mann-Whitney, tendo sido obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $U = 315.00$, $z = -2.615$, p (bilateral) $= .008$.

De seguida foram analisadas as diferenças entre os grupos relativamente à Depressão e à Religiosidade, estando os resultados representados no quadro 5.

Quadro 5*Resultados do Teste Mann-Whitney relativamente à Depressão e à Religiosidade*

	Grupo	N	Média Ordens	Soma Ordens	Mann-Whitney U	Z	P*
Índice de depressão	Grupo 1	28	37.82	1059.00	299,000	-2.506	.012
	Grupo 2	34	26.29	894.00			
Práticas Religiosas	Grupo 1	26	22.92	596.00	245,000	-2.817	.005
	Grupo 2	33	35.58	1174.00			
Força da Fé	Grupo 1	27	30.13	813.50	435,000	-.345	.730
	Grupo 2	34	31.69	1077.5			
Crenças Religiosas	Grupo 1	26	28.35	737.00	386,000	-.838	.402
	Grupo 2	34	32.15	1093.00			
Saúde mental	Grupo 1	29	29.69	861.00	426,000	-.925	.355
	Grupo 2	34	33.97	1155.00			

Nota. *p < .05, bilateral. **p < .01, unilateral.

4.2.3. Análise da relação entre os níveis de depressão e religiosidade. Para a análise da relação entre a depressão e religiosidade realizou-se o cálculo da correlação de Spearman entre as variáveis. Os resultados obtidos relativamente à associação entre as variáveis depressão e religiosidade encontram-se descritos no quadro 6.

Quadro 6*Análise da Correlação entre Depressão e Religiosidade*

		Índice de depressão		Práticas religiosas		Força da Fé		Crenças religiosas		Saúde mental	
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
Índice de depressão	r_s			-.169	-.373*	-.070	-.307	.086	-.332	-.828**	-.720**
	p			.419	.033	.734	.077	.684	.055	.000	.000
	N			25	33	26	34	25	34	28	34
Práticas religiosas	r_s					.415*	.821**	.417*	.858**	.198	.332
	p					.039	.000	.038	.000	.333	.059
	N					25	33	25	33	26	33
Força da Fé	r_s							.784**	.928**	.157	.294
	p							.000	.000	.433	.092
	N							25	34	27	34
Crenças religiosas	r_s									.002	.194
	p									.993	.271
	N									26	34
Saúde mental	r_s										
	p										
	N										

* Coeficiente significativo para um nível .05

** coeficiente significativo para um nível .01.

4.2.4. Análise da diferença das variáveis sociodemográficas sobre os níveis de depressão e religiosidade. Para explorar as diferenças de resultados no índice de depressão e nos níveis de religiosidade, tendo em conta algumas variáveis sociodemográficas relevantes, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney e ao teste de Kruskal-Wallis.

Para analisar as diferenças entre *género* em relação aos níveis de depressão e de religiosidade, de acordo com o grupo a que pertencem, aplicou-se o teste de Mann-Whitney. No Grupo 1 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, mas no Grupo 2 observaram-se diferenças significativas na variável género, na dimensão Crenças Religiosas ($U = 61.000$, $z = -2.252$, $p = .024$).

No que diz respeito à *escolaridade*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no Grupo 1. Relativamente ao Grupo 2, encontraram-se diferenças significativas para a dimensão Práticas Religiosas, $U = 27.500$, $z = -2.814$, $p = .005$; Força da Fé, $U = 21.500$, $z = -3.165$, $p = .002$; Crenças Religiosas, $U = 17.00$, $z = -3.333$, $p = .01$. Os participantes com pouca escolaridade apresentam os valores mais elevados de práticas religiosas ($M = 19.44$), assim como Força da Fé ($M = 20.20$) e as Crenças religiosas ($M = 20.37$) do que os participantes com maior escolaridade ($M = 7.93$, $M = 7.07$, $M = 6.43$).

Em relação às variáveis *Estado civil*, *Situação profissional* e *Com quem vive*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos grupos.

A variável *Participação em atividades* apresentou diferenças estatisticamente significativas, na amostra total ($N = 63$) nas dimensões: Depressão ($\chi^2 = 12.751$, $p = .013$), Práticas Religiosas ($\chi^2 = 31.159$, $p = .000$), Força da fé ($\chi^2 = 16.624$, $p = .002$) e Crenças Religiosas ($\chi^2 = 18.849$, $p = .001$). Quando analisamos as diferenças por grupo,

esta variável não apresentou diferenças estatisticamente significativas para o Grupo 1, como seria de esperar devido à sua condição de dependência em cuidados continuados, mas no Grupo 2 houve diferenças significativas para as dimensões Práticas Religiosas, $\chi^2 = 17.095$, $p = .002$; Crenças Religiosas, $\chi^2 = 17.812$, $p = .001$; e Força da Fé, $\chi^2 = 18.622$, $p = .001$. Os participantes que referem participar em grupos recreativos/Igreja são os que apresentam maiores índices de religiosidade.

Para explorar estes resultados foi aplicado o teste Mann-Whitney e foi feita a correção de Bonferroni, em que se verificou que os participantes que referem estar centrados em atividades domésticas / familiares e os que participam em atividades recreativas e de igreja diferem significativamente no que respeita às Práticas Religiosas ($U = 27.500$, $z = -2.919$, $p = .004$); Força da Fé ($U = 21.500$, $z = -3.228$, $p = .001$) e Crenças ($U = 23.500$, $z = -3.228$, $p = .001$). O grupo que frequenta o centro de dia apresenta níveis mais elevados de Práticas Religiosas ($M = 17.38$), Força da fé ($M = 18.31$) e de Crenças ($M = 18.19$) do que o grupo que tem as atividades centradas na vida familiar ($M = 8.25$, $M = 7.65$ e $M = 7.85$, respetivamente).

Foram ainda encontradas diferenças, marginalmente significativas, entre os participantes que frequentam o Centro de Dia e os que referem Outro tipo de atividade ($U = .00$, $z = -2.826$, $p = .005$), verificando-se que a Força da Fé aparece mais elevada no grupo que frequenta o Centro de Dia ($M = 12.5$) do que no grupo que tem outras atividades ($M = 2$).

A *perceção do estado de saúde* também não apresenta diferenças estatisticamente significativas para o Grupo 1, mas apresenta diferenças marginalmente significativas para o Grupo 2 nas dimensões Força da Fé ($\chi^2 = 9.381$, $p = .052$) e Saúde Mental ($\chi^2 = 9.367$, $p = .053$). De forma a explorar estes resultados foi aplicado o teste Mann-Whitney, feita a correção de Bonferroni, assumindo então o valor de $p = .005$.

Tomando como referência este valor, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos.

A variável *Confidente* também não apresenta diferenças significativas para o Grupo 1, mas no Grupo 2 os resultados mostram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Práticas Religiosas ($U = 73.500$, $z = -1.929$, $p = .054$), Força da Fé ($U = 63.500$, $z = -2.577$, $p = .010$) e Crenças Religiosas ($U = 65.500$, $z = -2.485$, $p = .013$). Os participantes que referem ter um confidente apresentam níveis mais elevados de Práticas Religiosas ($M=19.23$), Força da Fé ($M= 20.66$) e Crenças (20.55), do que os participantes que referem não ter confidente ($M=12.65$, $M=12.04$, $M=12.18$).

De forma a analisar a associação entre a *situação económica atual* e a depressão e saúde mental, recorreu-se também à correlação de Spearman, tendo sido encontrada uma relação significativa entre a situação económica e o índice de depressão, $r_s = -.385$, e a saúde mental, $r_s = .408$, p (bilateral) $< .05$, para o grupo 2. No grupo 1 foi encontrada uma relação significativa entre a situação económica e a saúde mental, $r_s = .552$, p (bilateral) $< .05$. Verificou-se, também, que o índice de depressão se relaciona significativamente com a saúde mental, $r_s = .0001$, p (bilateral) $< .05$, para ambos os grupos, como seria de esperar.

Para testar a hipótese de que haveria uma relação negativa entre o *apoio familiar* auferido e a depressão, foi feita a análise da correlação de Spearman, não tendo sido encontradas associações significativas em nenhum dos grupos.

Para analisar a influência do *fator idade* na depressão e religiosidade, foi criada uma nova variável (grupo idade) com duas categorias: $>60 <80$ anos e >80 anos. Foi aplicado o teste de Mann-Whitney para analisar as diferenças entre os grupos e os resultados são apresentados no quadro 7.

Quadro 7*Influência do fator Idade na Depressão e religiosidade – Grupo 1*

Grupo Idade		N	Média Ordens	Soma Ordens	Mann-Whitney U	Z	p
Índice de depressão	<60 >81	17	16.71	284	56,000	-1.767	.077
	>80	11	11.09	122			
TotalQPR8	<60 >81	17	12.56	213.5	60.5	-.866	.386
	>80	9	15.28	137.5			
SantaClara_Total	<60 >81	18	13.58	244.5	73.5	-.390	.696
	>80	9	14.83	133.5			
SBI15_R_Total	<60 >81	17	12.74	216.5	63.5	-.704	.482
	>80	9	14.94	134.5			
Saúde mental	<60 >81	18	12.28	221	50,000	-2.207	.027
	>80	11	19.45	214			

Nota. n= 29

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são discutidos os resultados que foram obtidos neste estudo, tendo em conta os objetivos anteriormente propostos.

Em relação às características da amostra do Grupo 1, verifica-se que na sua maioria são mulheres, casadas, com a escolaridade básica, aposentadas, vivem com o cônjuge e as suas atividades são centradas na vida familiar, também pela sua dependência e limitação ao domicílio. Relativamente às crenças, maioritariamente católicos praticantes, com recurso às práticas privadas, tendo recebido, na sua maioria, todos os sacramentos religiosos. O Grupo 2, também constituído essencialmente por mulheres, divorciadas, sem escolaridade e cujas atividades estão ligadas aos centros de dia, na sua maioria. Tal como no Grupo 1, os participantes do Grupo 2 também são

católicos praticantes e com todos os sacramentos. Estes resultados são coincidentes com os vários estudos sobre a religião em Portugal, em que se verifica que o nosso país ainda é maioritariamente católico, principalmente os mais velhos (Teixeira, 2012).

Relativamente ao índice de depressão, constatou-se que ambos os grupos apresentam valores muito elevados de sintomatologia depressiva (Grupo 1 = 72.4%, Grupo 2 = 41.2%). Em estudos anteriores, realizados em Portugal e com população idosa, foram encontradas taxas de prevalência também elevadas como, por exemplo, o estudo de Drago e Martins (2012) com uma amostra de 119 idosos da região do Algarve, em que encontrou uma taxa de depressão de 70.6%, ou nos estudos de Sousa et. al., (2010), cuja taxa encontrada foi de 42%.

A depressão aparece como uma das principais patologias psiquiátricas no idoso, associada a elevados índices de morbilidade e mortalidade, assumindo formas pouco específicas e que dificultam o seu diagnóstico e tratamento. A existência de queixas físicas concomitantes pode constituir-se um obstáculo ao diagnóstico. O idoso vive uma situação de perdas continuadas, como a diminuição da rede de suporte familiar, a perda do seu papel social e económico, o declínio físico continuado, o confronto com um corpo diferente, envelhecido, o aparecimento de doenças físicas e a incapacidade crescente. Estas perdas provocam, muitas vezes, sentimentos de tristeza, angústia e desânimo que acabam por gerar síndromes depressivos (Ballone, 2002, citado por Martins, 2008).

Analisando os índices de Religiosidade verifica-se que, em ambos os grupos, as crenças religiosas e a fé ocupam um papel importante na vida destes idosos. Estes dados também estão de acordo com a literatura, que considera que as práticas religiosas dão ao idoso uma sensação de pertença e um sentido de vida, promovendo a sua inserção numa comunidade. Numa etapa da vida em que há uma diminuição dos papéis sociais, este

aspecto assume uma maior importância (Amado, 2008). Goldstein e Neri (1993, citado por Drucker, 2005) realçaram a relação entre as práticas religiosas e a capacidade para lidar com o stresse, mostrando que as atividades religiosas voltadas para a interação social foram aquelas que promoveram um confronto mais bem-sucedido do idoso com a solidão e a dependência.

5.1. Relação entre Depressão e Religiosidade

Com a hipótese 1 esperava-se encontrar uma associação negativa entre os níveis de depressão e de religiosidade, sendo esperado que os idosos com índices mais elevados de religiosidade apresentassem níveis de depressão mais baixos, medidos através da escala CES-D. Esta hipótese foi confirmada apenas no Grupo 2 e na relação entre a depressão e as práticas religiosas, em que se verificou que os idosos ativos e com maiores pontuações na Escala de Práticas Religiosas apresentavam menores níveis de depressão.

A literatura (Pargament, 1998, citado por Moreira-Almeida & Stroppa, 2009; Koenig, George, & Peterson, 1998; Smith, McCullough, & Poll, 2003, citado por Moreira-Almeida et al., 2006) defende a existência de uma relação entre depressão e religiosidade, mostrando que estratégias de *coping* religioso positivo estão inversamente relacionadas com a ocorrência e intensidade de sintomas depressivos. Segundo Smith, McCullough, e Poll (2003), esta relação não parece variar com a idade e género, mas aparece mais significativa em sujeitos com altos níveis de stresse e com maior fragilidade física. Estas conclusões fariam pensar que se encontraria uma relação significativa entre depressão e religiosidade no Grupo 1, com idosos dependentes, o que não se verificou. Tais resultados podem levar a supor que os participantes da amostra estariam em circunstâncias de saúde física de grande debilidade, não podendo ser

considerados apenas com fragilidade física. A sua experiência conduziria a níveis muito elevados de depressão em que a religiosidade experienciada não funcionaria como um mecanismo eficaz de *coping*. Também Smith, McCullough, e Poll (2003) referem que indivíduos com elevados níveis de depressão retiram menos prazer das práticas religiosas, dificultando cada vez mais o seu compromisso nas atividades religiosas públicas e privadas e na sua fé religiosa.

5.2. Influência do fator dependência na Depressão e Religiosidade

Relativamente à depressão, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes dependentes ($M= 25.61$) e o grupo de participantes ativos ($M=18.55$), confirmando assim a hipótese 3, de que os idosos dependentes apresentam maiores níveis de depressão do que o grupo de idosos ativos. Ao considerarmos o ponto de corte igual ou superior a 16 discriminante de perturbações depressivas, tal como é apontado na literatura (Radloff, 1977; Blazer, 2003; Kemppainen, Taylor, Jackson, & Kim-Godwin, 2009, citados por Loureiro, 2009), verificou-se que a percentagem de idosos com sintomatologia depressiva é significativamente superior (72.4%) no Grupo 1 do que no Grupo 2 (41.2%).

Tal como já foi referido, estas diferenças vão ao encontro dos resultados de vários estudos, nos quais é apontada uma prevalência de sintomas depressivos muito superior na população idosa dependente e no domicílio (Choi & McDougall, 2006). As perdas com que o idoso dependente se depara, tais como o aumento da solidão, o corte com o mundo lá fora e o isolamento social destes doentes, contribuem certamente para o aumento de sintomas depressivos (Adams, Sanders & Auth, 2004, Blazer et al., 1998, citados por Choi & McDougall, 2007). Os idosos dependentes e limitados ao domicílio estão muito isolados, ao contrário dos idosos do grupo 2, que maioritariamente

frequentam os centros de dia e que acabam por interagir muito mais com os pares. Estas relações sociais funcionariam como um fator protetor para a depressão e ajudariam a minimizar os efeitos dos acontecimentos de vida inerentes ao envelhecimento (Choi & McDougall, 2007).

Os vários estudos epidemiológicos encontram, nos idosos, taxas de prevalência da depressão muito variáveis. As explicações sugeridas incluem: diferenças culturais associadas a diferentes contextos educativos, redes de suporte social, situação económica e práticas religiosas (Papadopoulos et. al. 2005, citado por Vaz, 2009); diferentes níveis de exposição a acontecimentos stressantes pela comunidade, como por exemplo, a repressão política, privação socioeconómica ou rápidas mudanças culturais (Weissman et. al. 1996, citado por Vaz, 2009); diferentes metodologias usadas na investigação e amostras reduzidas (Licht-Strunk et. al., 2005, citado por Vaz, 2009).

Estes resultados realçam a importância do diagnóstico da depressão e da implementação de estratégias e apoio adequados a esta população idosa e mais dependente.

Em relação à Religiosidade, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, na Escala de Práticas Religiosas, tendo-se verificado um maior nível de práticas religiosas no Grupo 2, o que não permite confirmar a hipótese 2, uma vez que o grupo de idosos dependentes apresentou valores mais baixos na Escala de Práticas religiosas do que o grupo de idosos ativos. Koenig, McCullough e Larson, 2001 (citado por Drucker, 2005), referem que atividades religiosas tais como o envolvimento em práticas religiosas estão associadas a melhor saúde física, em especial quando ocorrem na comunidade. Segundo estes autores, quando as práticas religiosas não modificam a evolução das doenças físicas, elas podem melhorar a qualidade de vida e o propósito de viver. O facto dos participantes do Grupo

1 estarem limitados ao domicílio poderá ter contribuído para estes resultados, uma vez que a maioria dos estudos realizados com doentes não é explícita relativamente ao carácter de dependência dos mesmos. A limitação ao domicílio torna-se uma barreira a determinadas práticas religiosas públicas, como o ir à missa ou confessar-se, dificultando o *coping* religioso nestes indivíduos dependentes (Choi & McDougall, 2007).

Tal como referido anteriormente e de acordo com Smith, McCullough e Poll (2003), um dos sintomas da depressão ou da incapacidade física é a falta de energia, e as pessoas que anteriormente até eram muito religiosas, agora podem mostrar-se incapazes de se envolver em práticas religiosas, fazendo com que obtenham resultados mais baixos nas escalas de religiosidade. A própria depressão pode também ser sentida como uma importante fonte de stresse na vida dos indivíduos e que exige um esforço de adaptação e *coping* secundário (Smith, McCullough, & Poll, 2003).

5.3 Variáveis sociodemográficas, Depressão e Religiosidade

Um dos objetivos desta investigação era a análise da relação entre as diferentes variáveis sociodemográficas, recolhidas através do Questionário Sociodemográfico, e a depressão e religiosidade.

O presente estudo revelou não haver diferenças estatisticamente significativas para a Depressão e Religiosidade, no Grupo 1, no que se refere às variáveis sociodemográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, perceção do estado de saúde, com quem vive). No Grupo 2, foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres, mas apenas na dimensão Crenças Religiosas.

Algumas investigações (Blaine & Crocker, 1995; Musick, Koenig, Hays, & Cohen, 1998, citados por Smith, McCullough, & Poll, 2003) encontraram uma relação entre a depressão e religiosidade mais forte nas mulheres do que nos homens, e nos adultos mais velhos comparativamente com os mais jovens. O facto de estes resultados serem diferentes pode estar relacionado com o tipo de medidas usadas, não só para medir a depressão como a religiosidade. McCullough e Larson (1999, citado por Smith, McCullough, & Poll, 2003) observaram que a associação negativa entre religiosidade e sintomas depressivos parecia ser particularmente forte quando a religiosidade era medida em termos de envolvimento religioso público e motivação religiosa intrínseca (Allport & Ross, 1967), pelo que não seria tão forte quando a religiosidade era medida em termos de práticas privadas.

Além disso, a importância da religiosidade na vida do indivíduo pode não influenciar o seu humor atual, mas ao longo do tempo pode interferir com a taxa de remissão dos sintomas depressivos, como é referido nos estudos de Koenig, George, e Peterson (1998).

A variável *Participação em atividades* não apresentou diferenças estatisticamente significativas para o Grupo 1, como seria de esperar devido à sua condição de dependência e limitação ao domicílio, uma vez que estão integrados em cuidados continuados. No entanto, o Grupo 2 apresentou diferenças significativas para as dimensões da religiosidade, em que se verificou que os participantes que referem participar em grupos recreativos/Igreja e no Centro de Dia são os que apresentam maiores índices de religiosidade. Estes resultados seriam expectáveis na medida em que, não só os grupos recreativos promovidos pela igreja como muitas das atividades propostas pelos Centros de dia envolvem a participação em práticas de culto religioso, tais como visitas a santuários, participação em procissões, assistir à missa, rezar o terço,

como, além disso, pelo facto de Portugal ser um país tradicionalmente católico, em que se espera que a população idosa tenha interesse e gosto na participação em celebrações e ritos religiosos, faz com que este tipo de atividades seja promovido por instituições destinadas aos adultos mais velhos.

Foi também estudada a relação entre a *situação económica atual* e a depressão, tendo sido encontrada uma relação significativa entre a situação económica e o índice de depressão e a saúde mental para o grupo 2. No grupo 1 foi encontrada uma relação significativa apenas entre a situação económica e a saúde mental. Muitos estudos (Bowling, 2005) têm referido a relevância da situação económica na experiência de bem-estar e qualidade de vida, particularmente nos adultos mais velhos. É pois compreensível que uma perceção de insatisfação com os rendimentos atuais possa associar-se com a depressão e, consequentemente, com menor saúde mental. Note-se que o instrumento avaliativo da saúde mental comporta também a ansiedade, perda de controlo de comportamento e pensamentos, emoções positivas e bem-estar. A situação económica insatisfatória acarreta a diminuição dos contatos sociais, o aumento da dependência e muitas vezes está associado a um sentimento de vergonha, que pode contribuir para o aparecimento de sintomatologia depressiva ou ansiosa (Vaz, 2009).

O fator *idade* mostrou diferenças significativas na dimensão saúde mental, mas apenas no Grupo 1. Os idosos mais velhos, com mais de 80 anos, apresentam um índice de saúde mental estatisticamente superior aos idosos entre os 60 e 80 anos. Em relação à depressão, apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, verifica-se uma tendência para valores mais elevados no grupo de idosos mais novos (entre 60 e 80 anos) do que nos mais velhos. A última fase da vida é marcada por um olhar mais introspetivo que leva o indivíduo a questionar se a sua vida teve algum sentido, revendo escolhas, conquistas e fracassos. Quando esta análise é positiva, o indivíduo reconcilia-

se e encara a existência como algo positivo (o conceito de Integridade, de Erikson). Se esta avaliação é negativa aparece o desejo de voltar atrás, de reformular escolhas e, ao perceber que é demasiado tarde, pode instalar-se a angústia, o desespero. A sabedoria seria a virtude resultante desta última fase (Erikson, 1982). Estes resultados podem levar-nos a pensar que os idosos mais velhos, como sobreviventes que apesar de tudo são, provavelmente conseguiram integrar melhor as suas experiências, uma vez que estão numa fase mais avançada e cada vez mais próximo da morte, o que lhes permitiu uma maior aceitação do que foi a sua vida e agora, alguma serenidade perante o processo da morte. Por outro lado, os menos velhos estarão ainda a fazer a avaliação e balanço do que foi a sua vida, com o desejo de reparar escolhas, face à angústia do que é irreparável.

Safra (2006, citado por Lopes, 2007) refere que aquilo que leva o indivíduo a estar preparado para a morte é a sua capacidade para questionar o sentido existencial da própria morte, integrando-a no *self*.

Relativamente à relação entre o *apoio familiar auferido* e a depressão, não se confirmou a hipótese colocada, uma vez que não se encontraram associações significativas, em nenhum grupo. Como se, nas amostras estudadas, a experiência de sentimentos depressivos estivesse mais ancorada em ruminações de afetos e emoções negativos com um carácter mais idiossincrático (recordando o conflito proposto por Erikson da integridade versus desespero), pouco permeável ao efeito benéfico do relacionamento familiar, ou esse relacionamento não fosse percecionado como de teor fundamentalmente positivo mas ambivalente - solidariedade mas também conflito e ressentimento (Pillemer & Suitor, 2004).

6. CONCLUSÕES

Neste capítulo são apresentadas as considerações mais relevantes, resumindo os resultados principais deste estudo, ao mesmo tempo que se apontam as limitações da investigação e algumas sugestões para novas investigações.

Esta investigação teve como principal objetivo o estudo da depressão e religiosidade num grupo de idosos dependentes e integrados no programa de cuidados continuados.

A amostra reduzida poderá ter influenciado os resultados e o facto de não se terem confirmado a maioria das hipóteses inicialmente colocadas.

Os resultados obtidos revelaram que a maioria dos idosos dependentes da amostra apresenta uma elevada prevalência de sintomatologia depressiva, superior aos índices de depressão apresentados pelo grupo de idosos ativos na comunidade. Estes resultados corroboram os estudos descritos na literatura, mas ao mesmo tempo levam-nos a pensar que a depressão continua a ser uma perturbação pouco diagnosticada, considerando que à partida estes participantes não tinham sido sinalizados como tendo qualquer tipo de perturbação depressiva, nem estavam a fazer qualquer tipo de tratamento. Isto remete-nos para a importância de se mudar as crenças que ainda existem acerca do envelhecimento e que atribuem o carácter “normal” aos sintomas depressivos na velhice, e que se constituem como verdadeiras barreiras ao diagnóstico correto e ao tratamento adequado da depressão nos idosos. No caso dos idosos dependentes esta questão torna-se ainda mais premente, pois a dificuldade no acesso aos serviços de saúde mental impede a identificação e intervenção especializada.

A dependência e limitação física aparecem como fatores de risco para a depressão, levando a um maior número de acontecimentos de vida negativos, assim

como a uma restrição das relações sociais ou atividades de lazer, reduzindo a qualidade do suporte social.

Contrariamente ao que verifica na literatura, não se encontrou uma relação significativa entre depressão e religiosidade no grupo 1, o que nos levou a considerar que os participantes deste grupo, dada a sua condição de dependência, limitação ao domicílio e pelos elevados níveis de sintomatologia depressiva, poderão apresentar-se menos disponíveis e com menos energia para as práticas religiosas, traduzindo assim os valores mais baixos de religiosidade destes participantes.

O estudo das variáveis sociodemográficas também não revelou diferenças significativas para o grupo de idosos dependentes, o que nos remete mais uma vez para o facto desta amostra poder ter características muito específicas, dado o seu nível de dependência, em que a depressão e religiosidade parecem ser independentes das variáveis sociodemográficas, como género, escolaridade ou estado civil. O fator de dependência e limitação ao domicílio por si só aparece quase como único responsável pelas diferenças entre os grupos, no que diz respeito à depressão e religiosidade. A idade parece também ser um fator importante para a saúde mental, tendo sido encontradas diferenças significativas entre os idosos mais velhos (> 80 anos) e os mais novos (entre 60 e 80 anos). Curiosamente verificou-se que os idosos mais velhos são os que apresentam níveis de saúde mental mais elevados. Tal como foi discutido anteriormente, podemos pensar que estes indivíduos mais velhos e dependentes estarão já numa fase muito avançada das suas vidas e como tal, já terão passado pela fase de desespero e angústia do confronto com a realidade, com as perdas ou com aquilo que viveram, estando agora numa fase de maior aceitação e integração, conseguindo dar um maior significado à sua vida, à doença e ao sofrimento vivido, quase como se se preparassem para a aceitação da morte que está cada vez mais próxima.

A dificuldade em obter uma amostra mais alargada tornou-se um grande constrangimento para este estudo. O facto de a maior parte dos utentes integrados no programa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde apresentarem níveis de incapacidade e dependência demasiado elevados, impediu a aplicação e recolha de um maior número de questionários. Assim, a amostra reduzida obriga a maiores cautelas na interpretação e generalização dos resultados. No futuro esta será obrigatoriamente uma questão que deverá ser tida em conta, tentando alargar a amostra a um maior número de participantes.

Seria também importante que fossem utilizados outros instrumentos, nomeadamente para medir a religiosidade, e que fossem mais adaptados a esta população que está limitada ao domicílio e que não participa nas práticas religiosas públicas.

Apesar de os resultados não terem apresentado diferenças significativas entre os grupos, não podemos ignorar os elevados índices de religiosidade da amostra e que traduz a importância das crenças religiosas na população idosa.

O foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança e religiosidade/espiritualidade. Espiritualidade e Religiosidade não são temas alheios ao conceito de Qualidade de Vida, sendo, na verdade, uma das suas dimensões, e como tal, deve fazer parte da prática clínica dos vários profissionais de saúde, em especial dos que intervêm com as populações mais vulneráveis, como os idosos dependentes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5 (4), 432-443. Doi: 10.1037/h0021212
- Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. (Dissertação de Doutorado em Psicologia). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://hdl.handle.net/10400.12/39>
- Araújo, M.F., Almeida, M.I., Cidrack, L.M., Queiroz, H.C., Pereira, M.S., & Menescal, Z.L (2008). O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *Revista Brasileira em promoção da saúde*, 21 (3), 201-208. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811358008>
- Baltes, P.B., Staudinger, U., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review Psychology*, 50, 471-507. Doi: 10.1146/annurev.psych.50.1.471
- Barbosa, K.A. (2008). *Religiosidade e o enfrentamento religioso em idosos sob cuidados paliativos*. (Trabalho de Pós-graduação em Gerontologia). Universidade Católica de Brasília, Brasil. Disponível em http://www.bdtb.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=855
- Blazer, D. (2009). Depression in Late Life: Review and commentary. *Focus*, 7 (1), 118-136. Disponível em <http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=52836>
- Bowling, A. (2005). *Ageing well. Quality of life in old age*. New York: Open University Press.

- Carneiro, R. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade – relatório final*. Centro de estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Choi, N.G., & McDougall, G.J. (2007). Comparison of depressive symptoms between homebound older adults and ambulatory older adults. *Aging & Mental Health*, 11 (3), 310-322. Doi: 10.1080/13607860600844614
- Dendena, A., Dallazen, C., Lyra, L., & Tosi, P. (2011). Religiosidade e envelhecimento bem-sucedido. *Unoesc & Ciência*, 2 (2), 184-196. Disponível em <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/693>
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas*. Circular Normativa nº 13/DGCG de 2/7/2004. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Dix, S. (2010). As esferas seculares e religiosas na sociedade portuguesa. *Análise Social*, XLV (194), 5-27. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1268306960Y6kEE8vd8Li59CA4.pdf>
- Drago, S. & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, 43, Junho/Dez, 79-94. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium43/5.pdf>
- Drucker, C. (2005). *Religiosidade, crenças e atitudes em idosos deprimidos em um serviço de saúde mental de São Paulo*. (Dissertação de mestrado em Gerontologia). Universidade estadual de Campinas. Disponível em <http://www.amebrasil.org.br/html/ClaudiaDrucker-TESECOMPLETA.pdf>

- Duarte, F.M., & Wanderley, K.S. (2011). Religião e espiritualidade em idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicologia: teoria e prática*, 27 (1), 49-53.
- Emmons, R., & Paloutzian, R. (2003). The Psychology of Religion. *Annual Rev. Psychology*, 54, 377-402. Doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145024
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: a review*. New York. Norton & Co
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fry, P.S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging & Mental Health*, 4 (4), 375-387. Doi: 10.1080/13607860020010547
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center Epidemiologic studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), 339–348. Doi:10.1027/1015-5759.20.4.339
- Holland, J., Kash, K., Passik, S., Gronert, M., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S., Baider, L., & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-oncology*, 7, 460-469. Doi:
- Hughes, C. (2005). Depression in Older People. In Redfern, S. & Ross, F. (2005) *Nursin Older People*, (4th ed), Section 3. Churchill Livingstone Disponível em <http://www.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780443074592/9780443074592.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções de população residente em Portugal: 2008-2060*. Disponível em

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65946767&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Jung, C. (1978). *Psicologia e Religião. Obras Completas de C.G.Jung. Vol.XI/1*. Trad. Editora Vozes

Kenneth, J.B. (2001). Religiosity and depression among nursing home residents: results of a survey of ten states. *Journal of religion gerontology*, 12(1), 43-61. Doi: 10.1300/J078v12n01.05

Koenig, H. (2006). Religion, spirituality and aging. *Aging & Mental Health*, 10 (1), 1-3. Doi: 10.1080/13607860500308132

Koenig, H.G, George, L.K., & Peterson, B.L. (1998). Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. *American Journal Psychiatry*, 155 (4), 536-542. Disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3687/536.pdf>

Lima, P. (2008). *A arte de envelhecer: um estudo sobre história de vida e envelhecimento*. (Trabalho pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília.

Linares, R. (2012). *O envolvimento religioso e sintomatologia depressiva em imigrantes brasileiros*. (Tese de doutoramento em Psicologia Clínica). Universidade de Lisboa.

Lopes, S. (2007). *As faces do envelhecimento sob um olhar psicanalítico*. (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Loureiro, M. (2009). *Validação da escala do Center for Epidemiologic Studies of Depression – CES-D numa população de idosos*. (Dissertação de mestrado em Geriatria). Universidade de Coimbra.

- Lucchetti, G., Lucchetti, A.L., Bassi, R.M., Nasri, F., & Nacif, S. A. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspetos do envelhecimento. *Revista Brasileira Geriatria*, 14 (1), 159-167. Doi: 10.1590/S1809-98232011000100016
- Martins, R. (2008). A depressão no Idoso. *Revista Millenium*, 34, 119-123. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/9.pdf>
- Moreira, J. (2012). Mudanças na percepção sobre processos de envelhecimento: reflexões preliminares. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 28 (4), 451-456. Doi: 10.1590/S0102-37722012000400003
- Moreira-Almeida, A., & Stroppa, A. (2009). Espiritualidade & Saúde Mental: Importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. *Especial Saúde Mental*, 2, 1-6. Disponível em <http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/Espiritual2.pdf>
- Moreira-Almeida, A.; Neto, F.L., & Koenig, H. G.(2006). Religiousness and mental health; a review. *Revista brasileira de psiquiatria*, 28 (3), 242-250. Doi: 10.1590/S1516-44462006005000006
- National Institute of Aging (2008). *Healthy aging-lessons from the Baltimore Longitudinal Study of Aging*. Disponível em http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/healthy_aging_lessons_from_the_baltimore_longitudinal_study_of_aging.pdf
- Nunes, L.M., & Portella, M.R. (2003). O idoso fragilizado no domicílio. *Boletim da saúde*, 17 (2), 109-121. Disponível em http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_14idosoFragilizado.pdf

- Pargament, K. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and No. *International Journal for the psychology of religion*, 9 (1), 3-16. Doi: 10.1207/s15327582ijpr0901-2
- Pillemer, K., & Suitor, J. J. (2004). Ambivalence and the study of intergenerational relations. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 24, 3-28.
- Pinto, C., & Ribeiro, L.P. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de medicina*, 21 (2), 47-53.
- Plante T.G., & Bocaccini, M.T. (1997a). Reliability and validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45 (6), 429-437. Disponível em <http://www.scu.edu/cas/psychology/faculty/upload/Plante-clergy-paper-1997-2.pdf>
- Plante, T.G., & Bocaccini, M.T. (1997b). The Santa Clara strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45 (5), 375-387.
- PORDATA (2012). *Indicadores de envelhecimento segundo Censos em Portugal*. Consultado em 10 de janeiro de 2013, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-525>
- Ribeiro, L.P. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (1), 77-79.
- Smith, T., McCullough, M., & Poll, J. (2003) Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull.* 2003; 129: 614-636. Doi: 10.1037/0033-2909.129.4.614
- Snodgrass, J., & Sorajjakool, S. (2011). Spirituality in older adulthood: existential meaning productivity, and life events. *Pastoral Psychology*, 60, 85-94. Doi: 10.1007/s11089-010-0282-y

- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A.I., Cabrita, J.M, Cavadas, L.F., & Alves, N.F. (2010). Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 26: 384-391.
- Sun, F., Park, N., Roff, L., Klemmack, D., Parker, M., Koenig, H., Sawyer, P., & Allman, R. (2012). Predicting the trajectories of depressive symptoms among Southern community-dwelling older adults: the role of religiosity. *Aging & Mental Health*, 16 (2), 189-198. Doi: 10.1080/13607863.2011.602959
- Teixeira, A. (2012). *Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas – resumo do relatório apresentado na Assembleia Plenária da Conferência Episcopal Portuguesa*, Abril 2012, Fátima. Universidade católica portuguesa. Acedido em 15/8/2013 em www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/inquirito2011_resumo.pdf.
- Unidade Missão Cuidados Continuados Integrados (2012). *Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 1º semestre 2012*. Ministério da Saúde. Acedido em 15/8/2013 em www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf.
- United Nations (2001). *World population Ageing 1950-2050*. Population Division, DESA. Acedido em 12 de Janeiro de 2013, em <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/166.portu.pdf>.
- Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado – Estudo em idosos residentes nos lares no distrito de Bragança*. (Dissertação de mestrado em Psicologia do Idoso), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health:*

New Understanding, New Hope. Acedido em 8/8/2013, em

http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.

Zwingmann, C., Klein, C., & Bussing, A. (2011). Measuring religiosity / spirituality:

theoretical differentiations and categorization of instruments. *Religions*, 2, 345-

357. Doi: 10.3390/rel2030345

ANEXOS



Consentimento Informado

O meu nome é Tânia Vanessa Dias Borges Mota e estou a realizar uma dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, secção de Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Prof^a Doutora Maria Eugénia Duarte Silva.

As temáticas abordadas relacionam-se com a Religiosidade e Depressão.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (6) seis pequenos questionários. Não existem respostas corretas ou incorretas, o importante é que elas reflitam a sua experiência.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados com total confidencialidade e anonimato.

Ao responder a estes questionários, declara ter 60 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigado pela sua colaboração

Mafra,..... de 2013

(.....)



Data: 1/03/2013

Assunto: Pedido de autorização para investigação

Exma Sra. Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Mafra

Eu, Tânia Borges Mota, Psicóloga, a realizar Mestrado Integrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa no ano lectivo de 2012/2013 venho por este meio solicitar a sua autorização para proceder à recolha de dados para o meu trabalho de investigação. Este trabalho decorre sob a orientação da Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva e virá a constituir a minha dissertação de Mestrado.

O estudo tem como objectivo alargar o conhecimento acerca da relação entre a religiosidade, espiritualidade e depressão em idosos dependentes, pretendendo-se recolher uma amostra de cerca de 70 sujeitos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, não institucionalizados, dependentes e integrados no programa de cuidados continuados.

Neste sentido, venho solicitar a V. Ex.a autorização para a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação aos utentes que cumpram os critérios acima indicados e que se mostrem disponíveis para participar no estudo: *Questionário Sociodemográfico*; *Inventário de Saúde Mental (MHI-5)*; *Questionário de Santa Clara sobre a força da fé (SCSFQ)*; *Questionário de práticas religiosas*; *System of Beliefs Inventory (SBI-15R)* e *a Escala CES-D*. O questionário sócio-demográfico foi construído especificamente no âmbito deste trabalho e os restantes instrumentos encontram-se devidamente traduzidos e adaptados para a população portuguesa (Ver questionários em anexo).



Mais se informa que será assegurado o direito à privacidade dos utentes, com total garantia do anonimato e confidencialidade dos resultados.

Agradeço desde já toda a atenção dispensada, aguardando o parecer de V.Ex. a.

Subscrevem-se atenciosamente:

A aluna

Tânia Borges Mota

(Tânia Borges Mota)

A Professora Orientadora

Maria Eugénia Duarte Silva

(Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva)

4/03/2013

Tânia Carmona

Antes de que seja efectuada a
Escolha de 2013, para o
apelo projecto.

Enfermeira Coordenadora
Maria da Luz

ACES OESTE SUL
Rua Dr. Domingos Machado Pereira
2640-475 MAFRA

